



OMAISHOIDONTUEN HAKEMUS ANSÖKAN OM STÖD FÖR NÄRSTÄENDEVÅRD

HOIDETTAVAN TIEDOT / UPPGIFTER OM VÅRDBEHÖVANDEN

Nimi / Namn	Henkilötunnus/ Soc.skydds signum
Katuosoite / Gatuadress	
Postinumero ja –toimipaikka/Postnr. och postanstalt	Puhelin/ Telefon
Toimintakykyä haittaavat sairaudet tai vammat/ Sjukdomar eller funktionshinder som påverkar funktionsförmågan:	
Kotihoidon palveluja Hemvårds service	Kyllä/ Ja <input type="checkbox"/> Ei ole / Nej <input type="checkbox"/>
Kuinka monta kertaa viikossa Hur många gånger i veckan _____	
Hoidettavan kanssa samassa taloudessa asuvat / Personer som bor i samma hushåll med den vårdbehövande	

OMAISHOITAJAN TIETOJA / UPPGIFTER OM NÄRSTÄENDEVÅRDAREN

Nimi / Namn	Henkilötunnus/Soc.skydds signum
Katuosoite/ Gatuadress	
Postinumero ja –toimipaikka / Postnr. och postanstalt	Puhelin/ Telefon
Suhde hoidettavaan/ Förhållande till vårdbehövande	<input type="checkbox"/> Puoliso/ Make/Maka <input type="checkbox"/> Tytär/Poika / Dotter/Son <input type="checkbox"/> Vanhempi/ Förälder <input type="checkbox"/> Muu, mikä?/ Annat, vad? _____
Omaishoitajan pankkiyhteystiedot/ Närståendevårdarens bankförbindelse	Tilinumero / Kontonummer
Omaishoitajan antama apu hoidettavalle: Hurudan omsorg ger närståendevårdaren åt vårdbehövande:	
	Itsenäin./ självständ. Osittain autett. delvis hjälp Täysin autett. helt hjälpt
Asiointi / Skötsel av ärenden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Syöminen / Ätande	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wc-käynnit/ Toalettbesök	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Peseytyminen/ Hygien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pukeutuminen/ Påklädning	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lääkkeiden otto/ Medicinering	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Henkinen tila / Mentala tillståndet Normaali, ikää vastaava Levoton Muistamaton Sekava Poikkeava Normalt, i enlighet med ålder Orolig Glömsk Råddig Avikande	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Pidätyskyky/ Kontroll av urinblåsan Normaali/Normal Heikko/Dålig
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

LISÄTIETOJA / TILLÄGGSUPPGIFTER (Esim. tulkin tarve /T.ex. behov av tolk)

--

ALLEKIRJOITUKSET / UNDERSKRIFTER

2 (2)

Päiväys/ Datum _____	Paikka / Ort _____
Hoidettavan allekirjoitus /Den vårdbehövandes underskrift _____	
Omaishoitajan allekirjoitus/Närståendevårdarens underskrift _____	

SUOSTUMUS / SAMTYCKE

Annan suostumukseni siihen, että potilastietojärjestelmästä tarkistetaan ne terveystietoni, jotka ovat tarpeen arvioitaessa omaishoidon tuen annetun lain 937/2005 3§:n momentin 3 kohdan mukaisesti, että hoitajan terveys ja toimintakyky vastaavat omaishoidon asettamia vaatimuksia.

Jag ger mitt samtycke till att mina hälsouppgifter granskas ur patientregistret, i enlighet med lagen om stöd för närståendevård 937/2005 3§, att vårdarens hälsa och funktionsförmåga svarar mot de krav som närståendevården ställer.

Päiväys /Datum _____

Omaishoitajan allekirjoitus / Närståendevårdarens underskrift _____

Omaishoidon tuesta annetun lain 937/2005 3§ 1 momentin 1 kohdan edellytysten varmistamiseksi, tarkistetaan potilastietojärjestelmästä, että hoidettava henkilö tarvitsee alentuneen toimintakyvyn, sairauden tai vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi kotioloissa hoitoa tai muuta huolenpitoa

Enligt lagen om stöd för närståendevård 937/2005 3§ 1 moment, granskas ur patientregistret den vårdbehövandes behov av vård eller annan omsorg i hemmet, på grund av nedsatt funktionsförmåga, sjukdom, skada eller annat vårdbehov.

Hakemuksen saavuttua palveluohjaaja käsittelee asian mahdollisimman nopeasti, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden sisällä. Palveluohjaaja sopii kartoituskotikäynnistä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseksi. Arviointia tehdään tarpeen mukaan moniammatillisesti ja siihen kuuluu myös toimintakykymittari RAVA ja kognitiivisen toiminnan mittari MMSE.

När Servicehandledaren har fått ansökan, behandlas den så fort som möjligt, dock senast inom tre månader. Servicehandledaren tar kontakt för att boka ett karterings/ hembesök, för att göra upp vård- och serviceplan.

Till bedömningen hör mätning av fysisk och kognitiv funktionsförmåga genom RAVA och MMSE, och vid behov kan mätningen göras av ett mångprofessionellt team.

YHTEYSTIEDOT JA LOMAKKEEN PALAUTUSOSOITE / KONTAKTUPPGIFTER OCH RETURNERINGSADRESS

Loviisan senioripalvelukeskus, Palveluohjaaja Kitty Sirén
Öhmaninkatu 4
07900 Loviisa

Lovisa seniorservicecentral, Servicehandledare Kitty Sirén
Öhmansgatan 4
07900 Lovisa

